



# WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ການກວດສອບ – ໂວດັກບັນຕົ້ນ: 6 ເດືອນ

ກໍານົດປັບປຸງການຂອງຈຸກ ກົດລັບຜູ້ໃຫຍ່	ຊື່ດັກ	ນຳເອົາມາໄດ້ຍ:	ວິນແກີດ
	ອາການພິດ		ຢາທີ່ຂັ້ນຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ຫັນຫາ/ສຶກກົງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ງສຸດທ້າຍ		ມັນວິວພະເຈົ້າມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮື່ອງ:
	<p>ແມ່ນ ບໍ່  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂອບຍົນອາຫານແນວເປັນຕ່ອນບາງແນວໄດ້.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂອບເລົາບາງສຶກ ແຊ່ນວ່າ "ດາດາ" ຫລື "ບາບາ".  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂອບນັ້ນດັບການຊ່ວຍໄຈໄວ.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອບບໍ່ກົງວິນທີ່ຂອບມີອາການເສັ້າເລື້ອຍໆ.</p>		<p>ແມ່ນ ບໍ່  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂອບສາມາດຈັບເອົາສຶກຂອງ.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂອບປາກິດວ່າເກີ່ມ.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂອບຈີ່ຂອບ.</p>
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____	
Screening: Hearing                  N      A Vision                  N      A			
Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive                  Language/Communication Gross Motor                          Social/Emotional Fine Motor Behavior                  N      A Mental Health                  N      A			
Physical: General appearance                  N      A Skin                          N      A Head/Fontanelle                  N      A Eyes (Cover/Uncover)                  N      A Ears                          N      A Nose                          N      A Oropharynx                          N      A Neck                          N      A Nodes                          N      A			
Chest                          N      A Lungs                          N      A Cardiovascular/Pulses                  N      A Abdomen                          N      A Genitalia                          N      A Spine                          N      A Extremities                          N      A Neurologic                          N      A			
Describe abnormal findings and comments: <hr/> <hr/> <hr/>			
IMMUNIZATIONS GIVEN			
REFERRALS			
NEXT VISIT: 9 MONTHS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS	

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (6 months)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(215).

### **Hearing Screen**

Use clinical judgment.

### **Lead Screen**

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes	No	Yes	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>No head lag when pulled to sit.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Turns toward voice.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Bears some weight on legs when held.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfer object from hand to hand.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Rolls over.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuddles.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imitates speech sounds.			Avoids eye contact.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, or even one of the underlined items, or the boxed item, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



## ການກວດເຕັກໃຫ້ມີສຸຂພາບດີ - ແອນັ້ມອຍ: 6 ເດືອນ

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS  
(ແຮດຕາມຄໍາຊັ້ນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

## ການກວດສອບ - ໂວດັກບັນຕົ້ນ: 6 ເດືອນ

ກົດລັບຜູ້ປະກອບໂຮງອານ	ຊື່ເຕັກ	ນຳເຂົ້າມາໄດ້ຍ:	ວັນເກີດ
	ອາການຜິດ	ຢາກທີ່ຂັ້ນຢູ່ໃນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດບັນຫາ/ສຶກກົງວິນ ນັບແຕ່ນໍາເຫຼືອສຸດທ້າຍ		ມັນໜີຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮືອງ:
	<p>ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເຕັກຂອງຂອບກິນອາຫານແນວເປັນຕ່ອນບາງແນວໄດ້. <input type="checkbox"/> ເຕັກຂອງຂອບສາມາດຈັບເອົາສຶກຂອງ.</p> <p><input type="checkbox"/> ເຕັກຂອງຂອບເວົ້າບາງສຶກ ແຊ່ນວ່າ "ດາດາ" ຫີ້ "ບາບາ". <input type="checkbox"/> ເຕັກຂອງຂອບປາກິດວ່າໃຈ.</p> <p><input type="checkbox"/> ເຕັກນ້ອຍຂອງຂອບນີ້ດັບການຊ່ວຍໄກຈະໄວ. <input type="checkbox"/> ເຕັກນ້ອຍຂອງຂອບຈີ້ຂອຍ.</p> <p><input type="checkbox"/> ຂອຍບໍ່ກົງວິນທີ່ຂອບມີອາການເຈົ້າເລື້ອຍໆ.</p>		
ນັ້ນໜັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຂາມດຂອງທີ່ວ ຕໍ່ຮ້ອຍ	ອາຫານ _____
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບື້ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບື້ງປະວັດຄອບຄົວ		ການຖ່າຍ _____	
ການກວດ: <input type="checkbox"/> ປິກກະຕິ <input type="checkbox"/> ບໍ່ປິກກະຕິ	ການນອນ _____		
ການກວດຫຼຸ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ການນອນ _____		
ການກວດຕາ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ການນອນ _____		
ການຕັບໂຕ: ພິດລ້ອມໝາຍເຕິກາດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ			
ການປັບຕົວ/ຄວາມຮັກຄວາມເວົ້າໃຈ	ພາສາການສື່ສານ		
ການເຫັນງົງຕຶງຮ່າງກາບ	ສັງຄົມອາຣິນ		
ການບັນຫຼາຍຕາມສຶກພາບ			
ສຸຂພາບຈົດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		
ການປະເພີດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		
ຮ່າງກາຍ:	ປິກກະຕິ <input type="checkbox"/> ບໍ່ປິກກະຕິ	ປິກກະຕິ <input type="checkbox"/> ບໍ່ປິກກະຕິ	ການປະເພີດ
ຫັກສະນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ໜ້າອົກ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຜົວໜັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ປອດ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫົວກະນະນັບອ່ອນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ລະບົບຫົວໃຈ/ກັບຈອນ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຕາ (ອັດບໍ່ອັດ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນ້ອຍ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫຼຸ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ອະໄວບະວະພືບພັນ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ດັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ກະດຸກສັນຫລັງ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ປາກຄົ້ນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ຕົນນີ້ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຄໍ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ສ່ວນປະສາດສະໜອງ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ງົກທົວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ອະທິບາຍສຶກທີ່ພິບວ່າບໍ່ປິກກະຕິ ແລະ ຄວາມເຫັນຕາງໆ:			
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
ມາພິບທີ່ຂັ້າ: ອາຍຸ 9 ເດືອນ		ການສັກປາຢ້ອງກັນທີ່ໃຫ້	
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິວສຸຂພາບ		ການສຶກຕໍ່	
		ຂຶ້ຜູ້ປິວສຸຂພາບ	
		ບ່ອນຢູ່ຜູ້ປິວສຸຂພາບ	

## ສຸຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 6 ເດືອນ

### ປາກິດການຊີວິດ

ວິທີການພັນນາການຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ  
ລະຫວ່າງອາຍ 6 ແລະ 9 ເດືອນ.

ເວົ້າເປັນສຽງ ເຊັ່ນວ່າ ບາບາບ ແລະ ດາດາ.

ກຳສັງຂອງນ້ອຍງູໃນກຳນົມຂອງລາວ (ບີງ), ຈາກນັ້ນກໍລະຫວ່າງ  
ນັ້ນມີຂອງລາວ (ບີງ).

ເອົາຂອງໃສປາກ, ສາມາດກິນອາຫານອ່ອນ ຕ່ອນນ້ອຍງ  
ດັວບຕົວເອງ.

ນັ້ນໄດ້ດີ.

ຢືນໄດ້ມີແນວຄັ້ງ.

ເຄື່ອນບ້າຍຕາມຟັ້ນຮຽນດ້ວຍທ້ອງ, ເລີ່ມຄານ.

ອາດເລີ່ມອາຍຄົນຕ່າງໜ້າ.

ທ່ານສາມາດຊ່ວຍດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ອີຈາໃໝ່  
ໂດຍການຫລັ້ນກັບລາວ.

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເຜີ່ມຕົ້ນ.

ເຄື່ອງຫລັ້ນ ແລະ ເຄື່ອງທີ່ປອດໄພຕໍ່ດັກນ້ອຍ:  
ການກວດກາເຄື່ອງຫລັ້ນທີ່ປອດໄພຂອງຜູ້ບໍ່ຮີໄຟກ,  
1-800-638-2772 (ສຽງ) ຫລື  
1-800-638-8270 (ສາຍຄົນເສົ່າງອົງຄະ TTY)

ຮຽນຮັດ CPR ໃຫ້ດັກນ້ອຍ ແລະ ດັກ ແລະ  
ການຊ່ວຍຜະບານຂັ້ນຕົ້ນ: ໃຫ້ຖານເປົ່າຫ້ອງຮຽນນໍາ  
ສະຖານທີ່ດັບເປີງຕາມທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ສະພາກາຊາດ  
ອະນຸມິດກັນ ຫລື ສະມາຄົມທົ່ວໃຈ, ຫລື ກິນສາຫາຮະນະສູກ.

ສຸຂພາບ ແລະ ການພັນນາດັກ, ການສັກປາກັນ:  
ສາຍສົ່ງຕໍ່ໄປ ແລະ ຂໍ້ມູນໃຫ້ ສຸຂພາບດີແກ່ດັກນ້ອຍ ແລະ  
ສຸຂພາບດີແກ່ແມ່, 1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫລື  
1-800-833-6388 (ສາຍຄົນເສົ່າງອົງຄະ TTY).

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝ່າຍ ຫລື ການສັນບສມູນ: ສາຍຊ່ວຍ  
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫລ່ງຕ່າງໆ  
ດ້ານຄອບຄົວຂອດ ນຳວັວ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ  
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

### ຄໍາແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານອາດໄດ້ສັກປາ ວັກຊື່ນ ຫລາຍເທື່ອ, ເພື່ອໃຫ້ມີການຕ້ານ  
ປ່າງສົມບູນ. ຖ້າໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຂາດໄປປາງເທື່ອ, ໃຫ້ຮັດການນັດ  
ໝາຍເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຄົບ.

ເອົາເປັນຮູບເປັນສີໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານເບິງ ແລະ ເວົ້າກ່ຽວກັບຮູບນັ້ນ.  
ຮ້ອງເພງງ່າຍ່າງ ແລະ ກ່ອນດັກນ້ອຍຊ້າແລວຂ້າອີກ.

ທັສນະທີ່ບ່ອກວ່າດັກນ້ອຍຂອງທ່ານພ້ອມທີ່ຈະເລີ່ມກິນອາຫານເປັນຕ່ອນ:

- ລາວ (ບີງ) ນິ່ງໄດ້ມີແນວຄັ້ງເລັກນ້ອຍ ຫລື ບໍ່ມີ.
- ລາວ (ບີງ) ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າລາວ (ບີງ) ປາກລອງອາຫານຂອງທ່ານ.
- ລາວ (ບີງ) ໃຊ້ລັ້ນຂອງລາວ (ບີງ) ຊຸກອາຫານເອົ້າໃນຄໍອງລາວ (ບີງ).

ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຈະສະແດງໃຫ້ທ່ານເຫັນວ່າລາວ (ຊາຍ) ໄດ້ກິນອື່ນແລ້ວ.  
ເອົາເປັນລາວ (ຊາຍ) ເວລາລາວ (ຊາຍ) ຄາຍອາຫານອອກນາ, ວັບປາໄວ,  
ຫລື ເງວັກໝ້າໝີ (ຊາຍ) ໝີ, ປ່ອຍໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ຄວບຄຸມຈຳນວນທີ່  
ລາວ (ຊາຍ) ກິນ.

ປ່ອຍໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານເລີ່ມຮຽນຕື່ມຈາກຈອກ. ເອົານ້ຳ, ນັ້ນມີມແນ,  
ຫລື ມີມໃສ່ຈອກ. ປ່າປ່ອຍໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານເອົາແກ້ວມີໄປຕຽງນອນ.

### ຄໍາແນະນຳການເປັນຝ່າຍ

ໃຫ້ເວລາແກ່ດັກຂອງທ່ານປ່າງເຕັມທີ່ ເພື່ອນອນໝູນຫລັ້ນຢູ່ນັ້ນເພີ້ມຮຽນ.  
ເອົາຂອງຫລັ້ນອອກໄປໄກ ເພື່ອລາວ (ຊາຍ) ຈະໄດ້ຜະບາຍານຄານ.

ເລີ່ມຫລັ້ນເຖິງງ່າຍ່ານນຳກັນ ເຊັ່ນວ່າ "ກິກຈະ" ແລະ "ຕົບມີກັນ".

### ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ຮັດໃຫ້ຮັບຮັດຂອງທ່ານປອດໄພສໍາລັບດັກນ້ອຍຂອງທ່ານກ່ອນລາວ (ບີງ)  
ເລີ່ມຄານ. ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຮັດຢ່າງນັ້ນຕໍ່ໄປເປັນເວລາຫລາຍປີ.

- ເອົາສົ່ງຂອງນ້ອຍງູ ແລະ ສຶ່ງທີ່ອາດແຕກໄດ້ອອກໝີ.
- ຕິດສາຍໄຟໄສຟ່າເຮືອນ, ອັດຮູ້ສຽບໄຟ.
- ໃສ່ປະຕູຕັນດ້ານເຫິງ ແລະ ອຸ່ນຂັ້ນໄດ.
- ເອົາຂອງເບື້ອ ແລະ ປ່າອອກໄວໄຕ້ຕັ້ງ.

ແນວຄັ້ງບ່າງດັກນ້ອຍພາໃຫ້ເກີດບາດເຈັບຫລາຍກວ່າເຄື່ອງດັກນ້ອຍອື່ນໆ.  
ແທນທີ່ຈະໃຫ້ແນວຄັ້ງບ່າງໃຫ້ໃຫ້ແນວນັ້ນບໍ່ມີລື ຫລື ເອົາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ  
ໝູນທີ່ເຫັນ.